

## NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

CD-7617 (Rev. 09/02)

<b>1. Tipo de Notificación de Acción (Completar 1A o 1B)</b> A. Solicitud de servicios      Fecha del contrato de servicio aprobado (CD-9600) <input type="checkbox"/> Servicios aprobados <input type="checkbox"/> Servicios negados		B. Beneficiario de los servicios <input type="checkbox"/> Cambio en el servicio <b>Fecha de acción efectiva</b> <input type="checkbox"/> Terminación del servicio <input type="checkbox"/> Notificación de cuotas pendientes de pago																																																										
<b>2. Distribución de la notificación</b> <input type="checkbox"/> Entregada al padre Iniciales del padre _____		Enviado por correo: <input type="checkbox"/> Primera clase <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Primera clase c/certificado de envío      No. de guía _____																																																										
<b>3. Información del padre/encargado del cuidado</b> Padre/encargado A      Dirección Padre/encargado B      Ciudad      CP      Teléfono																																																												
<b>4. Servicios aprobados de atención del niño (Complete toda la información para cada niño que tenga servicios aprobados.)</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nombre del niño(s) que recibe(n) servicios</th> <th rowspan="2">Código del Programa</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="7">Ingrese horario de inscripción aprobado</th> </tr> <tr> <th>Dom.</th> <th>Lun.</th> <th>Mar.</th> <th>Mie.</th> <th>Jue.</th> <th>Vie.</th> <th>Sáb.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>Vacaciones escolares</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>				Nombre del niño(s) que recibe(n) servicios	Código del Programa		Ingrese horario de inscripción aprobado							Dom.	Lun.	Mar.	Mie.	Jue.	Vie.	Sáb.			Vacaciones escolares										Vacaciones escolares										Vacaciones escolares										Vacaciones escolares							
Nombre del niño(s) que recibe(n) servicios	Código del Programa		Ingrese horario de inscripción aprobado																																																									
			Dom.	Lun.	Mar.	Mie.	Jue.	Vie.	Sáb.																																																			
		Vacaciones escolares																																																										
		Vacaciones escolares																																																										
		Vacaciones escolares																																																										
		Vacaciones escolares																																																										
Cuota familiar:    Por hora \$      Medio tiempo diario \$		Tiempo completo \$      Fecha estimada de recertificación																																																										
<b>5. Base para elegir a la familia para servicios</b> <input type="checkbox"/> Beneficiario de los servicios de protección infantil <input type="checkbox"/> Beneficiario de asistencia <input type="checkbox"/> Niño identificado como en riesgo de o que sufre abuso, negligencia o explotación <input type="checkbox"/> Ingresos elegibles (Referirse a las cuotas de familia o ingresos tope para admisión a programas presscolares del estado.) <input type="checkbox"/> Desamparado (sin hogar)		<b>6. Base por la que la familia necesita servicios</b> (Esta sección no aplica a programas preescolares del estado [GPPE]) <input type="checkbox"/> Beneficiario de servicios de protección infantil <input type="checkbox"/> Niño(s) con necesidades m édicas o psiquiátricas especiales <input type="checkbox"/> Niño identificado como en riesgo de o que sufre abuso, negligencia o explotación <input type="checkbox"/> Busca vivienda permanente <input type="checkbox"/> Participa en capacitación vocacional/educación <input type="checkbox"/> Empleado o busca empleo <input type="checkbox"/> Padre(s) incapacitados																																																										
<b>7. Razón de la acción: <i>Declare la razón específica por la cual se negaron, cambiaron o terminaron los servicios.</i></b>																																																												

8. Nombre de la agencia \_\_\_\_\_

9. Nombre/título del representante \_\_\_\_\_

10. Firma del representante de la agencia \_\_\_\_\_

*La dependencia debe llenar la información al reverso antes de que se emita la Notificación de Acción.*

## NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

CD-7617 (Rev. 3/02) (REVERSO)

Información de apelación: Si no está de acuerdo con la acción de la agencia, tal como se indica en la Notificación de Acción, puede apelar la acción pretendida. Para proteger sus derechos de apelación, siga las instrucciones de los siguientes pasos. Si no responde antes de las fechas requeridas, o no presenta la información de apelación requerida con su solicitud de apelación, ésta podría considerarse abandonada.

**PASO 1:** Complete la siguiente información de apelación para solicitar una audiencia local:

Nombre del padre/encargado del cuidado		No. de teléfono	
Dirección	Ciudad	CP	
En esta sección por favor explique porque no esta de acuerdo con la acción de la agencia .			
Marque el cuadro si necesita intérprete en la audiencia local: <input type="checkbox"/>	Firma de la persona que solicita una audiencia local		Fecha

**PASO 2:** Envíe por correo o lleve en persona su solicitud de audiencia local a más tardar a 14 días del recibo de esta notificación a:

<b>La agencia debe completar esta sección antes de atender la notificación</b>	
<b>A. Nombre de la agencia</b>	_____
<b>B. Dirección/ agencia</b>	_____
<b>C. Ciudad/estado/CP</b>	_____
<b>D. Nombre del contacto</b>	_____
<b>E. Número telefónico</b>	_____

**PASO 3:** A más tardar a diez (10) días calendario después de que la agencia reciba su solicitud de apelación, le notificará la hora y el lugar de la audiencia. Se requiere que usted o su representante autorizado asista a la audiencia. Si no asiste ninguno de los dos, terminan sus derechos a la apelación y se implantará la acción de la agencia.

**PASO 4:** A más tardar a diez (10) días calendario después de la audiencia, la agencia le enviará una decisión por escrito.

**PASO 5:** Si no está de acuerdo con la decisión por escrito de la *agencia*, tiene 14 días después de recibir la decisión por escrito para presentar una apelación en la División de Desarrollo Infantil (CDD), la cual debe incluir los siguientes documentos e información: (1) una declaración por escrito que especifique las razones por las cuales cree que la decisión fue incorrecta, (2) una copia de la carta de decisión de la *agencia*, y (3) una copia por ambos lados de esta notificación. Envíe por correo su apelación a la siguiente dirección:

California Department of Education  
Child Development Division  
1430 N Street, Suite 6308  
Sacramento, CA 95814  
Attn: Appeals Coordinator

**PASO 6:** A más tardar a 30 días calendario después de recibir su apelación, CDD emitirá una decisión por escrito para usted y la agencia. Si se rechaza su apelación, la agencia dejará de ofrecer cuidados y servicios de desarrollo para el niño de inmediato al recibir la carta de decisión de CDD.